

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
PROCÉDÉ DE MAUCLAIRE
DANS LA
CURE RADICALE DE LA HERNIE INGUINALE

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 18 Décembre 1931

PAR

Louis-Félix-Alfred RIVAUD

Elève du Service de Santé de la Marine et des troupes coloniales
Né le 10 juillet 1907 à Surgères (Charente-Inférieure)

Examineurs de la Thèse	{	MM. CHAVANNAZ, Professeur.....	Président.
		DUVERGEY, Professeur.....	Juges.
		JEANNENEY, Agrégé.....	
		JOULIA, Agrégé.....	

BORDEAUX
Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1931

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
PROCÉDÉ DE MAUCLAIRE
DANS LA
CURE RADICALE DE LA HERNIE INGUINALE

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 18 Décembre 1931

PAR

Louis-Félix-Alfred RIVAUD

Elève du Service de Santé de la Marine et des troupes coloniales
Né le 10 juillet 1907 à Surgères (Charente-Inférieure)

Examineurs de la Thèse	{	MM. CHAVANNAZ, Professeur	<i>Président.</i>
		DUVERGEY, Professeur	} <i>Juges.</i>
		JEANNENEY, Agrégé	
		JOULIA, Agrégé	

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1931

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS. Doyen

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH
RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC, DENIGES, AUCHE.

PROFESSEURS

MM.			MM
Clinique médicale	MAURIAC.	Clinique chirurgicale in-	
Clinique chirurgicale	CASSAET.	fantile et orthopédie	ROCHER
Pathologie et thérapeuti-	CHAVANNAZ.	Clinique gynécologique...	GUYOT.
que générales.	BEGOUIN.	Clinique médicale des ma-	
Clinique d'accouchements.	CARLES.	ladies des enfants.....	CRUCHET
Anatomie pathologique et	ANDERODIAS.	Chimie biologique et mé-	DELAUNAY.
microscopie clinique...	SABRAZES.	dicale.....	
Anatomie	VILLEMEN.	Physiologie médicale et phar-	SIGALAS.
Anatomie générale et his-	G. DUBREUIL.	maceutique	
tologie	PACHON.	Médecine coloniale et clin-	BONNIN.
Physiologie	LEURET.	ique des maladies exoti-	
Hygiène.....	LANDE	ques.....	PETGES.
Médecine légale et déon-		Clinique des maladies cuta-	DUVERGEY
tologie.....	RÉCHOU	nées et syphilitiques....	
Electroradiologie et clin.	CHELLE.	Clin. des mal. des voies urinaires ..	ABADIE
d'électricité médicale..		Clinique des maladies ner-	PORTMANN.
Chimie	BEILLE.	veuses et mentales.....	
Botanique et matière mé-	DUPOUY.	Clinique d'Oto-rhino-laryngologie...	LABAT.
dicale.....	MANDOUL.	Toxicologie et hygiène ap-	
Pharmacie	DUPERIE.	pliquée.....	SELLIER.
Zoologie et parasitologie..	TEULIERES.	Hydrologie thérapeutique	
Médecine expérimentale..		et climatologie.....	
Clinique ophtalmologique.			

MICHELEAU (Médecine générale).

MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie). LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			MM
Anatomie	DUBECO.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
Technologie.....	DUFOUR.		JEANNENEY
Physiologie	FABRE.		CHARRIER.
Parasitologie et Sciences	R. SIGALAS.	Obstétrique	LOUBAT.
naturelles			PERY.
	GREYX.		RIVIÈRE.
Médecine générale.....	AUBERTIN.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX
	DAMADE.	Dermatologie et syphilogra-	
	PIECHAUD.	phie.....	JOULIA.
	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharma-	
Maladies mentales.....	PERRENS.	ceutique et toxicologie...	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.			MM.
Clinique dentaire	CAVALIE	Puériculture	FAUGERE.
Médecine opératoire	PAPIN	Pharmacie chimique	GOLSE
Accouchements	RIVIÈRE.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Ophtalmologie	CABANNES		
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes . MM. N...			
Cours complémentaire annexe — Prothèse et rééducation professionnelle			
			GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MA GRAND'MERE

A MON PERE ET A MA MERE

*Qu'ils trouvent ici l'expression
de notre gratitude pour les sacri-
fices qu'ils se sont imposés pour
nous, ainsi que le bien faible té-
moignage de notre grande affec-
tion.*

MEIS ET AMICIS

A MES CAMARADES

DE L'ECOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ

DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES.

A M. LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE
DE SANTÉ DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES.
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR.
DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE.
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE.

A M. LE MÉDECIN EN CHEF MIRGUET

SOUS-DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES.
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR.
OFFICIER D'ACADÉMIE.

A MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX.

A MES PROFESSEURS

DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES.

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. CHAVANNAZ

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX.
CORRESPONDANT NATIONAL DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
ET DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR.
DÉCORÉ DE LA MÉDAILLE INTERALLIÉE
ET DE LA MÉDAILLE DE LA VICTOIRE.
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE.

Témoignage de ma vive reconnaissance et de mon profond respect.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

L'éloge de la cure radicale de la hernie inguinale n'est plus à faire. Les progrès de la technique chirurgicale, la découverte de l'asepsie ont rendu cette intervention bénigne et fréquente. Nombreux sont les sujets qui, s'étant fait opérer jeunes, soit au moment de leur service militaire, soit pour embrasser certaines professions, demeurent définitivement guéris. Mais à côté de ces incontestables succès, il faut bien reconnaître qu'il existe certains cas, où, même après les opérations les mieux conduites, on enregistre des échecs. La crainte de la récurrence a toujours préoccupé l'esprit du chirurgien comme le prouve le grand nombre de procédés préconisés depuis la renaissance de la cure radicale. Aucun n'est infaillible ; il ne semble pas, cependant, que la faute incombe au chirurgien. En examinant de près les statistiques et, en particulier, celles de la remarquable thèse de Bouveret, il faut bien admettre que la proportion des récurrences est à peu près la même, aussi ingénieux qu'ait été le procédé. C'est qu'en effet les hernieux ne sont point comparables entre eux. Ceux-ci présentent une hernie congénitale sans affaiblissement musculaire ; ceux-là, au contraire, une éviscération plutôt qu'une hernie. Ce sont ces derniers que nous retiendrons. Mauvais terrains opératoires, ils sont dans les mains du chirurgien comme une mauvaise étoffe entre les mains d'un tailleur. « Quand on a une toile d'araignée comme substratum, disait Cahier, qu'importe la suture. »

Il importe, cependant, d'intervenir, de tirer ces malheureux de la déchéance sociale où les plonge leur dangereuse et douloureuse infirmité. Dans ces cas extrêmes, la

meilleure solution, pour certains chirurgiens, semblerait être la castration : opération qui, à l'heure actuelle, ne doit plus être pratiquée, même chez le vieillard.

Le procédé, dont il sera question dans ce modeste travail, en présente tous les avantages mais n'en a pas cependant les inconvénients. Fort peu connu des chirurgiens, il fut préconisé, en France, par le professeur Mauclaire, qui lui donna le nom imagé de « cryptorchidie pelvienne artificielle ». Nous l'avons vu pratiquer trois fois dans le service de M. le professeur Chavannaz, qui nous a proposé son étude comme sujet de thèse.

Nous ne voulons pas aborder cette étude sans remercier M. le professeur Chavannaz d'avoir bien voulu nous la confier ; nous n'oublierons pas l'accueil bienveillant et le bel enseignement que nous avons toujours trouvés dans son service.

M. le professeur Mauclaire, qui nous donna son approbation et ses précieux conseils, a droit à nos sentiments les plus reconnaissants.

Nous nous faisons enfin un plaisir d'adresser nos remerciements au docteur Auché qui, avec son amabilité coutumière, nous montra sur le cadavre quelques points de technique opératoire.

Le plan que nous avons choisi est le suivant : Après un bref rappel du canal inguinal et un exposé critique de certaines méthodes de cure radicale, nous aborderons le procédé de Mauclaire, sa technique, les questions qu'il soulève, et nous terminerons en en donnant les indications.

CHAPITRE PREMIER

Le canal inguinal chez l'homme

Sortant de la cavité abdominale pour gagner le testicule, le cordon spermatique écarte sur son passage des parties aponévrotiques et musculaires. Le chemin qu'il suit se trouve situé, à la partie interne de la région inguinale, entre l'épine du pubis et la partie moyenne de l'arcade crurale. Il est oblique de haut en bas, de dehors en dedans et d'arrière en avant. Bien qu'il s'agisse à la vérité, d'un interstice ménagé dans la paroi, on lui a donné, cependant, le nom de canal et, comme tel, les classiques lui reconnaissent quatre parois et deux orifices :

1° Une paroi antérieure formée par l'aponévrose du grand oblique qui, au moyen de l'arcade de Fallope, s'insère sur le rebord antérieur de l'os coxal. Dans sa portion externe, cette aponévrose est doublée par les fibres musculaires inférieures du petit oblique et du transverse. Dans sa portion interne, elle existe seule et commence à se diviser en deux bandelettes distinctes au voisinage de l'épine du pubis ;

2° Une paroi postérieure, constituée par le fascia transversalis, dont l'union, au bas, avec la lèvre interne de l'arcade constituera le lit du cordon. Le fascia est renforcé, dans certaines parties de son étendue, par des formations fibreuses qui sont, en allant de dedans en dehors et d'avant en arrière :

a) Le ligament de Colles (fibres du grand oblique du côté opposé allant s'insérer sur le pubis) ;

b) Le tendon conjoint (tendon commun du petit oblique et du transverse) dont l'insertion se fait en arrière du précédent sur la crête pectinée et sur le versant interne de l'épine du pubis. Ainsi, le petit oblique et le transverse appartiennent en même temps à la paroi antérieure par leurs fibres musculaires et à la paroi postérieure par leurs fibres tendineuses. Cet ensemble forme, selon l'expression de Grégoire, « l'arche d'un pont jeté au-dessus du tendon » ;

c) Le ligament de Heule (expansion latérale du grand droit d'après Gilis) plus ou moins caché par le tendon conjoint selon le développement de ce dernier ;

d) Le ligament de Hesselbach : condensation des fibres du fascia transversalis qui, au niveau du bord interne de l'anneau profond, décrit un arc à concavité supéro-externe. La branche ascendante de cet arc se confond avec l'arcade de Douglas, la branche horizontale longe le bord supérieur de la bandelette ilio-pubienne.

Les formations fibreuses suivantes : ligament de Colles, tendon conjoint, ligament de Heule, ne s'alignent pas les unes à côté des autres mais elles s'imbriquent de telle façon que, plus on s'éloigne de la ligne médiane, plus la paroi postérieure s'amincit. Il existe une zone comprise entre le ligament de Hesselbach et de Heule qui est réduite au fascia transversalis. Nous verrons, plus loin, l'importance de ce fait ;

3° *Une paroi inférieure*, que l'on peut diviser en deux parties : une partie externe représentée par les dernières fibres d'insertion du petit oblique et du transverse, une partie interne, l'arcade crurale elle-même relevée en gouttière ;

4° *Une paroi supérieure*. Cette paroi est représentée, dans sa portion externe, par les fibres inférieures des muscles petit oblique à transverse ; par ailleurs, elle n'existe pas ;

5° Un orifice superficiel situé au voisinage de l'épine du pubis et délimité par deux piliers, l'un inféro-externe, l'autre supéro-interne. Des fibres arciformes réunissent ces piliers, diminuent la grandeur de l'orifice et le délimitent dans sa partie supéro-externe ;

6° Un orifice profond ou anneau inguinal profond situé au niveau du tiers moyen de l'arcade à dix-huit ou vingt millimètres au-dessus d'elle. C'est une fente verticale bordée en dedans par le repli falciforme (ligament de Hesselbach) « ourlé » des vaisseaux épigastriques. Le fascia transversalis adhère à son pourtour et, dit Malgaigne, « se retourne en doigt de gant, de sorte qu'il forme une gaine au cordon spermatique ».

Voici donc rapidement esquissé le canal inguinal. Nous allons insister maintenant sur les points faibles que présente la paroi postérieure si importante au point de vue herniaire. Regardons-la par sa face péritonéale. Le péritoine est soulevé sur la ligne médiane par l'ouraque puis, de dedans en dehors, par le vestige fibreux de l'artère ombilicale et, enfin, par les vaisseaux épigastriques. A la base de ces replis, on rencontre des dépressions du péritoine appelées par Tillaux « fossettes inguinales ». Elles sont au nombre de trois :

a) *L'interne*, comprise entre l'ouraque et l'artère ombilicale n'est pas, à proprement parler, un point faible. Elle correspond, en effet, au tendon résistant du muscle grand droit. Par elle, se feraient les hernies obliques internes, variété fort rare ;

b) *La moyenne*, entre l'artère ombilicale et les vaisseaux épigastriques correspond à cette portion de la paroi postérieure réduite au fascia transversalis : zone vraiment faible par où s'engage la hernie directe ;

c) *L'externe* est située en dehors des vaisseaux épigastriques et du ligament de Hesselbach. Elle correspond à un infundibulum, vestige du canal vagino-péritonéal qui peut être par ailleurs, soit complètement, soit incomplètement

oblitéré. Par cette fossette se feront les hernies dites obliques externes, congénitales ou acquises, ou mieux, selon certains auteurs : acquises par leur évolution, congénitales par leur origine.

En résumé, la paroi postérieure du canal inguinal présente deux régions qui sollicitent particulièrement la hernie. L'une en raison même de sa faiblesse constitutionnelle, l'autre par le seul fait qu'elle livre passage au cordon. Sans doute, chez des sujets normaux, ces éléments prédisposants, origine de la malformation herniaire, sont-ils bien contrebalancés par le développement des muscles et la résistance des aponévroses. Nous savons même que chez les jeunes gens vigoureux, le cordon constitue un renforcement de la zone faible par le fait qu'il est doublé de fibres musculaires, origine du crémaster.

Les insertions du petit oblique et du transverse se font normalement sur le tiers externe de l'arcade fémorale ; chez les sujets très musclés, elles empiètent sur sa moitié externe et même sur son tiers interne. Dans ces conditions, l'aponévrose du grand oblique sera doublée sur une plus grande étendue d'un rideau musculaire solide. Le contraire se produit dans les cas de faible musculature : le petit oblique et le transverse cravatent mal le cordon et s'insèrent au pubis par un tendon conjoint étroit et mince.

Quoiqu'il en soit, ce défaut d'étoffe localisé à la région inguinale ou généralisé, certaines malformations congénitales ou acquises aboutissent parfois à donner au ventre du sujet un aspect spécial. On trouve dans tous les manuels classiques la description du ventre plat et mince, du ventre en besace des obèses, du ventre à double saillie avec ses deux poches qui surmontent le pli de l'aîne. Mais, ce que nous n'y avons point trouvé, c'est un aspect particulier que M. le professeur Chavannaz a bien mis en vedette. Il nous a souvent montré dans son service des hernieux, qui, ayant une insuffisance pariétale manifeste, présentaient un canal inguinal presque vertical. Cette disposition coïncidait avec

une courbure antéro-externe des fémurs, d'origine vraisemblablement rachitique. On conçoit que sous la double influence de la poussée abdominale et de la pesanteur, l'intestin s'engagera beaucoup plus facilement dans un conduit vertical que dans un conduit franchement oblique.

Bref, chez tous ces prédisposés la hernie abandonnée à elle-même ne tardera pas à prendre des proportions considérables ; bouleversant le canal et les plans anatomiques, elle offrira bientôt l'allure d'une véritable éventration.

CHAPITRE II

Exposé critique de quelques procédés de cure radicale

Nous n'avons pas l'intention de passer en revue toutes les méthodes opératoires préconisées depuis la renaissance de la cure radicale. Elles sont légion et un volume ne suffirait pas à les décrire. Nous voulons seulement insister sur celles, qui, présentant les mêmes indications que le procédé de Mauclaire, pourront par conséquent lui être comparées.

Les procédés habituels de cure radicale s'efforcent tous de concilier le passage du cordon spermatique avec une solide réfection de la paroi. Pour ce faire, les uns restituent au canal son obliquité et renforcent, qui la paroi antérieure, qui la paroi postérieure. Les autres, au contraire, substituent au canal un seul orifice, reconstituant la paroi soit en avant, soit en arrière du cordon.

Mais on s'est aperçu que ces méthodes ne répondaient pas à toutes les indications. Sans doute donnaient-elles des succès chez les sujets jeunes, vigoureux ou dans des cas de défaillance pariétale légère. Mais en présence des volumineuses hernies de faiblesse ou des hernies inguinales récidivées, elles étaient vouées à l'insuccès. La hernie qui survient en effet chez un prédisposé acquiert de grosses proportions. Cet accroissement de volume bouleverse les plans anatomiques, effondre la paroi postérieure, redresse le canal dont les deux orifices élargis se confondent bientôt en un seul. De ces constatations sont nés des procédés

exceptionnels de cure radicale, et ce sont eux qui vont nous retenir quelques instants. On peut les diviser en deux groupes : ceux qui s'attachent à fermer la brèche herniaire, à renforcer la paroi par une reconstitution autoplastique et ceux qui suppriment radicalement le canal inguinal.

I. — PROCÉDÉS AUTOPLASTIQUES

Nous serons brefs à leur sujet car, à part les myoplasties, ils sont à peu près abandonnés. Ces méthodes comprennent : les autoplasties osseuses de Thiriar, de Trendelenburg, de Kraske, les autoplasties aponévrotiques de Hervert, de Kischner, le procédé fibro-périostique de Pouillet, les myoplasties parmi lesquelles :

Le procédé de Schwartz. Cet auteur reconstitue une paroi postérieure au moyen d'un lambeau musculaire disséqué sur le grand droit. Ce lambeau, resté adhérent par sa base, est ensuite renversé en dehors et engagé derrière le pilier interne de l'anneau superficiel. On le fixe alors à l'arcade, au petit oblique et au transverse. M. Oudard critique cette façon de faire, qui donne aux fibres musculaires une situation antiphysiologique : « Lorsque le sujet se lève, dit-il, travaille, les fibres déviées tendent à reprendre leur direction primitive ; le bord inférieur du muscle abaissé tend à se redresser, laissant un mince rideau de muscles dissociés qui s'atrophient, atrophie déjà préparée par le traumatisme opératoire, le tiraillement et la compression des rameaux nerveux par les ligatures. » On peut faire le même reproche aux autres myoplasties réalisées avec le couturier ou le pectiné. La myoplastie à l'aide du couturier a fait l'objet d'articles récents de Comolli et de MM. Huet et Blondin.

Les méthodes autoplastiques sont toutes très compliquées : elles allongent la durée de l'intervention, ce qui est important chez les gens âgés. Enfin, elles laissent toutes subsister un passage pour le cordon, et nous allons voir que cela suffit à amorcer une récurrence.

II. — PROCÉDÉS QUI SUPPRIMENT LE CANAL INGUINAL ET SES DEUX ORIFICES

Dans une cure radicale, le cordon spermatique nous apparaît comme un hôte encombrant, comme « un gêneur ». Obligé de lui laisser suivre son chemin à travers les plans musculo-aponévrotiques, le chirurgien laisse par ce fait même une cause importante de récurrence.

MM. Oudard et Jean ont montré que, dans les cas de très mauvaise paroi, les procédés qui respectent le canal inguinal sont tous voués à l'insuccès. En effet, que l'effort de reconstitution ait porté sur la paroi antérieure ou sur la paroi postérieure, il substituera au niveau de l'anneau profond un infundibulum, sorte « d'entonnoir fibreux ». Celui-ci est la conséquence de la première hernie qui a dilaté le bord interne de l'anneau profond ; le ligament de Hesselbach « distendu et atrophié n'a aucune tendance à reprendre sa place et à tendre le rideau obturateur interne, insuffisance qu'il doit encore à la direction même de ses fibres et à leur mode d'insertion. Sur cet anneau élargi se modèle en entonnoir la fibreuse du cordon. » La graisse sous-péritonéale fera glisser le péritoine dans cet infundibulum et, ainsi, s'amorcera un nouveau sac herniaire. Celui-ci n'aura plus qu'à suivre le canal, d'autant plus facilement que, chez les obèses, la graisse qui s'accumule le long du cordon créé, selon l'expression de Lucas Championnière, une « voie molle ouverte à la poussée abdominale ».

Quand, au lieu de conserver le canal, on le remplace par un seul orifice, toute la difficulté vient de réduire les dimensions de cet orifice aux dimensions du cordon. Il faut bien avouer que cette difficulté est à son comble en présence des volumineuses hernies ou des hernies anciennes qui ont fait subir à la paroi les offenses que nous savons. Voilà pourquoi certains esprits se sont demandés s'il ne serait pas mieux de ramener la cure radicale à ce qu'elle

est chez la femme, c'est-à-dire simple en son exécution et meilleure en ses résultats. Mais, chez l'homme, une telle éventualité impliquait nécessairement soit le déroulement du cordon, soit sa suppression.

a) *Procédés de déroutement du cordon.* — Franck, en 1892, Nelaton et Ombredanne (*Presse médicale*, 31 juillet 1897) décrivent une méthode qui consiste à faire passer le cordon spermatique dans un tunnel percé au travers du pubis. D'autres auteurs, Wolfer et Frey, Cucciopoli, de Naples, après avoir libéré le testicule du scrotum, le rentre dans l'abdomen et le font ressortir entre les muscles droits.

Nous n'entrerons pas dans le détail de ces procédés. Ils atteignent le but qu'ils se sont assignés : la suppression de cette région de moindre résistance constituée par le passage du cordon et une fermeture hermétique de la paroi. Mais ils ont contre eux la longueur de l'intervention, les nombreuses manipulations et le parcours compliqué imposé au cordon. Nélaton et Ombredanne se louent « de substituer à un anneau plus ou moins extensible ménagé dans la paroi affaiblie, un anneau inextensible ». Mais qu'advient-il si l'anneau se resserre par prolifération osseuse, ou si le cordon lui-même augmente de volume en raison d'une infection ? Quant aux procédés de Cucciopoli, Wolfer, ils ne trouvent pas grâce aux yeux de Bouvet, qui les critique en ces termes : « Les coudes décrits par cet organe (le cordon) le raccourcissent d'autant. Le testicule ne peut alors réintégrer sa place physiologique et reste appliqué contre la face antérieure du pubis, plus exposé et plus sensible à tous les traumatismes. Le trajet sinueux des vaisseaux testiculaires peut ralentir le cours de la circulation, d'autant plus que chaque contraction des muscles entraînera une compression du cordon. Cette compression et la sinuosité du cordon entraveront la circulation de retour, entrave qui pourra amener la production du varicocèle pour peu que le sujet y soit prédisposé et tous les chirurgiens savent combien est souvent défectueux le système vasculaire des sujets à parois faibles. Enfin au

point de vue simplement opératoire, ces procédés exposent des blessures de la vessie. »

b) *Procédé qui supprime le cordon : la castration.* — La castration est, assurément, la méthode la plus rapide, la plus absolue et, aussi, la plus ancienne. Elle est liée à l'histoire de la cure radicale dont elle fut longtemps l'inséparable complément. Sans vouloir faire un historique de cette question, qui nous entraînerait fort loin, disons seulement qu'elle donna lieu à de tels abus qu'un édit royal en interdit la pratique. Néanmoins, des charlatans ambulants, appelés « herniers », parcouraient villes et campagnes et supprimaient les testicules avec une dextérité remarquable. Les vieilles gravures nous les montrent opérant en compagnie de leurs chiens qui ont l'air d'attendre quelque chose... Ainsi disparaissait à tout jamais le corps du délit ! Cette méthode mutilante fut abandonnée. Certains chirurgiens y revinrent : Kraske, Von Bergmann qui prétend même qu'il ne peut y avoir aucune cure radicale possible tant qu'on laisse un passage au cordon. Enfin, Lucas Championnière la pratiqua dans des cas, il est vrai, bien particuliers.

En 1900, Delagenière, du Mans, préconisa la résection du cordon sans castration comme temps complémentaire de la cure radicale des volumineuses hernies. Cette méthode a été décrite dans la thèse de Morin (Paris 1906). Lucas Championnière la pratiqua également. Le testicule reste dans les bourses et s'atrophie ; la nécrose et l'élimination consécutive sont exceptionnelles. Delangre, au Congrès de Chirurgie de 1906, recommanda également cette technique opératoire comme susceptible de donner d'excellents résultats dans des cas jugés inopérables. La résection du cordon est évidemment un progrès réalisé sur la castration ; elle laisse dans les bourses du sujet l'ombre de son testicule, éventualité qui suffit quelquefois à consoler. D'après ses partisans, les connexions superficielles de la glande avec les tissus environnants suffiraient à lui garantir sa sécré-

tion interne. C'est peu probable. Il paraît douteux, en effet, que le testicule puisse rester « greffé au fond des bourses » surtout chez un vieillard dont la circulation est défectueuse et chez lequel les tissus sont mal nourris. Quant au résultat physiologique, il est évidemment identique, l'organe étant privé de ses vaisseaux et de son canal excréteur. Non, la castration est une intervention qu'il ne faut faire à aucun prix, pas même chez le vieillard. Inélégante, elle répugne au chirurgien consciencieux et ne trouve son indication que dans les affections dont dépend la vie du malade.

Voilà pourquoi d'autres auteurs ont préconisé des amoindrissements ou des sections partielles du cordon. Nous citerons : Polya, Slavinski, Colle ; Slavinski, sur une longueur déterminée, sectionne tous les éléments du cordon à l'exception du canal déférent. Si ce dernier n'est pas dénudé de trop près, on conserve l'artère déférentielle qui serait suffisante pour assurer la nutrition du testicule. En pratique, on se heurte à de sérieuses difficultés. Les éléments du cordon sont souvent dissociés, adhérents au sac ; en disséquant le déférent, on risque fort de léser l'artère et on tombe alors dans la castration.

Autoplasties, déroutement du cordon, castration, résection sans castration, tous ces procédés s'efforcent d'étendre le champ des interventions aux cas extrêmes et difficiles. Vers lequel tourner son choix ? Les uns sont inefficaces, compliqués, dangereux et, de ce fait, abandonnés ; les autres, excellents en leurs résultats, sont malheureusement mutilants et graves par leurs conséquences morales. Il semble, dès lors, qu'une méthode d'exécution simple et rapide, offrant les avantages de la castration sans en avoir les inconvénients, serait susceptible de satisfaire entièrement l'esprit.

CHAPITRE III

Le procédé de Mauclaire

Il y avait pourtant une solution bien séduisante, quoique un peu audacieuse, et ce fut le professeur Mauclaire qui en eut l'idée.

Puisque le cordon est un gêneur, pourquoi, au lieu de le couper, ne pas l'emprisonner dans la fosse iliaque avec son testicule, réalisant ainsi une « cryptorchidie pelvienne artificielle », selon le mot de l'auteur. Puis, à la faveur de cette réintégration, il serait facile de réaliser une fermeture hermétique de la paroi comme dans la castration. Déjà, sans préjuger de la valeur physiologique de la glande, on peut affirmer que la nécrose est impossible puisque l'organe conserve son canal excréteur et ses vaisseaux nourriciers. Le professeur Mauclaire s'apprêtait donc à mettre en pratique son idée lorsqu'il la vit décrite dans un travail de O. Bernhard, chirurgien allemand.

Oscar Bernhard, en tant que médecin de l'hôpital de la Haute-Engadine, opérait souvent des hommes atteints de volumineuses hernies. Afin d'obtenir un résultat durable chez les vieillards : il castrait. Mais, en présence de sujets jeunes, l'idée lui était également venue de pratiquer, après traitement du sac, le refoulement du testicule dans le ventre. Ce procédé, qu'il employait depuis dix ans, lui avait toujours donné d'excellents résultats.

Quelque temps plus tard, au Congrès de Chirurgie de Bruxelles (1908), un chirurgien de Madrid, San Martin, fit

une communication sur cette méthode. San Martin incrimine surtout l'influence de la « pendulation » du testicule comme facteur de récidence. Selon lui, les animaux à scrotum rigide ne souffrent pas autant de la hernie que ceux qui l'ont excessivement mobile. « Après une opération, écrit-il, le cordon se comporte comme un corps étranger, à la façon d'un fil de suture temporaire pendant les premières heures, bien juste et bien serré. Après quelques jours, les trous qu'il traverse commencent à grandir sans irritation, ni infection. Il faudrait savoir ce qui arriverait si le tendon du long péronier latéral, au lieu des gouttières osseuses et résistantes, traversait des trous extensibles, même sans contraction accidentelle, mais seulement avec la tonicité constante de ses fibres. » Il conclut : « Pour éviter ce tiraillement dans les cas suspects de récidence, il n'y a que le refoulement du testicule dans la cavité abdominale. »

A ce même congrès de Bruxelles, Alessandri condamna cette façon de faire pour les hernies communes, mais admit qu'elle pouvait être justifiée dans certains cas. Selon lui, Nicoladoni, Lauenstein, Ulmann employèrent ce procédé.

Depuis cette époque, la méthode s'est peu répandue ; beaucoup de chirurgiens l'ignorent. Cependant, en 1920, Lambret, de Lille, préconisa une « réduction en masse », décrite dans la thèse de Dufour et qui s'inspire du même principe. Voici en quoi elle consiste : « ...Le canal incisé, puis le cordon isolé et soulevé, on peut alors facilement décortiquer le testicule de son enveloppe scrotale. On a ainsi dans la main : le sac, le cordon, le testicule. Il s'agit de réduire le tout en masse et de loger le sac, le cordon et le testicule entre le fascia transversalis et la face profonde des muscles de la paroi abdominale. » (Dufour). Sans doute cette intervention doit être rapide ; mais, en définitive, à quoi peut-elle aboutir sinon à la formation d'une hernie propéritonéale avec étranglement possible de l'in-

testin dans le sac ? Pour cette raison, nous rejeterons la « réduction en masse ».

On voit, en conclusion, que la « cryptorchidie pelvienne artificielle » est une méthode qui a été découverte plusieurs fois ! Si nous voulions cependant en rechercher la paternité, il faudrait remonter, d'après San Martin, aux chirurgiens militaires espagnols du xvi^e siècle, qui opéreraient ainsi leurs soldats. Monichen, écrivain danois, en fait foi dans ses *Acta Hafniencia*, de 1665. Mais San Martin n'a pu vérifier cette assertion car les bibliothèques de Paris, Louvain, Bruxelles, Madrid n'ont la collection qu'à partir de 1673. Ces lointains précurseurs nous pardonneront-ils d'avoir donné un autre nom à leur procédé ? En tout cas, devant une origine aussi éloignée, nous pouvons dire avec Littré : « Il n'est pas de développement le plus avancé de la médecine contemporaine qui ne se trouve en embryon dans la médecine antérieure. »

CHAPITRE IV

Technique opératoire

La « cryptorchidie pelvienne artificielle » n'est qu'un temps complémentaire de la cure radicale ; elle laisse donc au chirurgien le soin de pratiquer, selon les méthodes qui lui sembleront les meilleures, le traitement du sac et la réfexion de la paroi. Nous nous bornerons à décrire cette opération telle que nous l'avons vu pratiquer, trois fois, dans le service de M. le professeur Chavanáz :

Premier temps. — Incision des plans superficiels :

- a) Incision des tégument selon l'axe du canal ;
- b) Incision de l'aponévrose du grand oblique dont les deux lèvres sont repérées avec des pinces ;
- c) Repérage du bord inférieur des muscles petit oblique et transverse. On creuse, avec le doigt, une loge dans le tissu cellulaire lâche qui sépare la face profonde de ces muscles du péritoine.

Deuxième temps. — Traitement du sac. Ce temps ne comporte rien de particulier. Le sac est ouvert, décollé du cordon sur une grande hauteur jusqu'au-dessus de l'orifice profond. Après ligature et résection, son moignon tombe dans la fosse iliaque.

Troisième temps. — Procédé de Mauclair :

- a) Le testicule est attiré doucement hors du scrotum. (Dans les cas de grosses hernies, il vient de lui-même). On le libère des adhérences scrotalès ;

b) Testicule et cordon sont refoulés dans cette loge qu'on leur a préparée, sous le petit oblique et transverse. Ce temps dure environ deux à trois minutes.

Quatrième temps. — Fermeture de la paroi :

1° *Plan total au fil d'argent* : On débute par la partie externe de la paie. Dans la lèvre inférieure, l'aiguille traverse : la peau, le tissu cellulaire, l'aponévrose du grand oblique ; dans la lèvre supérieure : le petit oblique et le transverse ou le tendon conjoint, l'aponévrose du grand oblique, le tissu cellulaire et la peau ;

2° *Plan séparé* :

a) Petit oblique et transverse sont fixés à l'arcade par un surjet au catgut ralenti n° 2 ;

b) Fermeture de l'aponévrose du grand oblique ;

c) On réunit les deux chefs de chaque fil d'argent en les tordant l'un sur l'autre ;

d) La peau est suturée au crin de Florence.

Ainsi, un rideau musculaire complet est abaissé devant la paroi postérieure, supprimant totalement les orifices profond et superficiel. La suture en masse a permis d'éviter les « espaces morts » et, cependant, la reconstitution topographique a été respectée.

Au troisième temps opératoire, avant de refouler le testicule dans sa loge, Bernhard conseille de pratiquer une résection du feuillet externe de la vaginale, afin d'éviter l'hydrocèle. Le professeur Mauclore préfère ne pas enlever la séreuse pour conserver à la glande sa mobilité et éviter sa compression.

L'asepsie opératoire devra être rigoureuse et l'hémostase particulièrement soignée.

Le drainage s'impose, en raison de l'écoulement notable de sang et de sérosité qui ne manque pas de se produire après ces interventions. Selon les circonstances, un drain sera placé à la partie inféro-interne de la plaie, ou bien on pratiquera un drainage trans-scrotal. Pour ce faire

l'extrémité inférieure du drain sera saisie par une pince et enfoncée dans l'ancien trajet scrotal du cordon. La pince faisant bientôt saillie à la partie la plus déclive du scrotum, on pratiquera à ce niveau une petite boutonnière pour attirer le drain et le fixer. Bernhard ne draine pas, mais rétrécit la moitié scrotale restée vide.

Le pansement post-opératoire sera compressif. On fera un spica double et un croisé antérieur du périnée pour bien relever les bourses.

Après guérison, le malade devra porter un bandage.

CHAPITRE V

Avenir du testicule

Que devient le testicule soudainement élevé vers les régions supérieures qu'il traversa jadis ? Conserve-t-il sa vitalité ? Demeure-t-il entièrement sain ou dégénère-t-il ? Telles sont les principales questions que pose le refoulement du testicule dans la fosse iliaque.

L'organe placé en ectopie artificielle peut-il fonctionner ? Il est très difficile de répondre directement à cette question car, dans la majorité des cas, nous manquons de contrôle. L'intervention n'a porté que sur un testicule, l'autre est resté dans le scrotum. Les arguments que fournissent certains faits relatifs à la cryptorchidie congénitale nous laisseraient à penser qu'il n'est pas impossible que l'organe puisse conserver son intégrité physiologique.

L'étude de l'ectopie abdominale bilatérale d'origine congénitale nous apprend que, dans la majorité des cas, les individus touchés par cette double malformation n'évoluent pas normalement et sont inféconds. Mais cette règle générale souffre quelques exceptions. Il existe des cryptorchides qui, malgré une réelle infécondité, ont présenté néanmoins, au moment de la puberté, tous les caractères sexuels secondaires dont l'ensemble donne à l'individu la « virilité apparente ». Rien ne les distingue des autres hommes. Certains même ont un penchant très prononcé pour les plaisirs sexuels ; ce fait, joint à leur stérilité, les met dans une situation avantageuse fort recherchée de

jeunes personnes dont la vertu n'est pas encore fortifiée par la ménopause. Les auteurs anciens : Gaspard Bauhin, Diemerbroec, Rolphincius, Arnaud ont tous été frappés par cette « virilité paradoxale » des cryptorchides ; ils en citent de nombreux exemples. Bernhard et Kocher racontent que, sur quarante-deux malades de Krœnlein avec cryptorchidie, il y avait cinq cas de rétention abdominale, dans trois cas le sujet avait évolué normalement. D'autres auteurs vont plus loin et affirment que des cryptorchides ayant les deux testicules en ectopie ont pu se marier et avoir des enfants. Bland et Koch citent chacun l'observation de deux hommes qui se marièrent deux fois et eurent des enfants avec leurs deux femmes. Lucas Championnière relate l'exemple d'un double cryptorchide qui put devenir père de trois enfants. A vrai dire, il plane autour de ces paternités des raisons d'ordre extra-scientifique sur lesquelles il serait malséant d'insister, mais qui nous feront accepter avec réserve ces témoignages. Sont plus démonstratifs à cet égard les cas où l'on a pu mettre en évidence des spermatozoïdes dans le sperme. Ces cas existent ; Villard et Souligoux en ont rapporté plusieurs, mais ils sont cependant très rares.

Autrefois, d'ailleurs, au cours de l'intervention de l'ectopie testiculaire intersticielle, lorsqu'on ne parvenait pas à abaisser le testicule dans les bourses, beaucoup de chirurgiens (Monod et Terillon, Routier, Villard et Souligoux) le refoulaient dans la fosse iliaque. Voici, résumée, une observation de Villard, fort intéressante à ce sujet :

« Ch... (Rémy), 19 ans, m'est présenté en avril 1900. Son aspect étrange frappe immédiatement mon attention : c'est un gros garçon, presque obèse, aux gestes maladroits, à la voix féminine. Sa mère me déclare « qu'il n'a rien dans ses poches » (*sic*) et désire savoir si on ne peut remédier à cette défectuosité.

Opération le 8 novembre 1900. Début par le côté gauche : testicule très haut situé, en avant du sac herniaire, de

consistance et de couleur normales. L'abaissement, même après une traction vigoureuse, est extrêmement réduit. C'est une castration qui s'annonce. Mais aucune décision n'est possible avant d'avoir en main le testicule droit. Je le trouve exactement dans les mêmes conditions.

Trois solutions sont possibles : laisser les glandes dans le canal, faire une castration double, rentrer et fixer dans le ventre ces testicules et terminer par deux solides cures de hernie. C'est à ce parti que je m'arrête.

Suites opératoires excellentes. Deux mois plus tard, le malade a maigri de sept kilos sans en souffrir le moins du monde. La mue de sa voix s'est faite dès le sixième mois et la transformation opérée dans son individu est vraiment saisissante. Je perds ce sujet de vue, lorsqu'en juin 1906 il m'informe qu'il est, depuis quelques jours, père d'un gros garçon. Moins convaincu que lui du bon aloi de sa paternité, acceptant plus difficilement qu'au prétoire l'adage bien connu : « *Is pater es quem nuptiæ demonstrant* », je fais une petite enquête : elle m'apprend que cette naissance s'est faite très exactement neuf mois et deux jours après le mariage. Trop de scepticisme deviendrait vraiment nécessaire pour refuser d'admettre ici que mon jeune opéré ne soit pour quelque chose dans la confection de son bébé. »

Nous verrons plus tard ce qu'il faut penser de cette méthode. D'après ce qui précède, nous pouvons conclure que la cryptorchidie abdominale bilatérale s'accompagne le plus souvent de stérilité mais que cette stérilité ne vient pas du fait que le testicule est dans la cavité abdominale plutôt que dans les bourses. Quelles seraient alors les raisons qui s'opposeraient au refoulement d'un organe parfaitement évolué ?

L'habitat abdominal du testicule n'est d'ailleurs pas aussi paradoxal qu'on serait tenté de le croire : il suffit de regarder le monde animal. Certains animaux possèdent normalement un testicule abdominal ; d'autres ne le voient des-

cendre dans les bourses qu'au moment du rut. Toutes ces bêtes se reproduisent. En est-il de même pour un animal ayant un testicule scrotal lorsqu'on le lui refoule artificiellement dans le ventre ? Au Congrès de Chirurgie de Paris (1906), Souligoux rapporte les expériences faites sur le chien et sur le rat blanc par Frani (1891), Stilling (1892), Griffith (1893). Ces auteurs s'accordent à dire que les spermatozoïdes disparaissent des testicules ainsi refoulés. Vidal, d'Arras, a repris ces expériences et voici ses conclusions :

« D'une assez longue série d'essais, où furent réalisées des ectopies abdominales, tantôt d'un seul, tantôt des deux côtés, et les animaux conservés longtemps (six mois et même davantage) où les testicules, fixés au sublimé, furent colorés à l'hématoxyline Heidenhain, où le sperme fut examiné, je suis amené à conclure :

» 1° Le testicule, pour conserver toutes ses fonctions, s'il est rentré dans l'abdomen, doit rester libre dans la séreuse, ou bien fixé au péritoine par des adhérences aseptiques ;

» 2° S'il y a seulement infection de la plaie, ou seulement subinfection, s'il se crée, en un mot, des adhérences d'origine inflammatoire, et par suite rétractiles, entre l'organe et la séreuse, la spermatogénèse disparaît parfois très rapidement ;

» 3° Tout testicule inclus non dans la cavité libre mais sous le péritoine, s'atrophie et cesse d'être fécond. J'ai observé ce fait par accident, d'abord chez un chien dont l'un des testicules, libre dans la cavité abdominale, a parfaitement vécu ; le second, retourné dans les plans musculaires à travers une suture rompue, s'était complètement atrophié. »

Cette dernière conclusion enlève évidemment l'espoir que certains faits cliniques avaient laissé entrevoir car, dans le procédé de Mauclaire, cordon et testicule se trouvent, bien entendu, en avant du péritoine. Les expériences

de Vidal contredisent en partie les expériences antérieures; faut-il y ajouter foi ? Le temps et les possibilités matérielles nous ont manqué pour reprendre cette expérimentation et nous le regrettons. Espérons qu'un jour une rencontre inopinée avec un de nos malades, dans une salle d'autopsie, lèvera le doute sur cette question.

Et, maintenant, devons-nous craindre pour le testicule des affections qui guettent l'organe en ectopie congénitale, particulièrement le néoplasme ?

Lorsque Oscar Bernhard fit connaître sa méthode, il déclara n'avoir jamais trouvé, dans la littérature médicale, des exemples de tumeurs d'un testicule abdominal. Selon lui, l'organe, dans cette variété d'ectopie, était moins exposé aux traumatismes et aux pressions accidentelles. Les classiques, en effet, admettaient autrefois comme une rareté le cancer dans l'ectopie abdominale. Il faut revenir sur cette opinion par trop absolue. Chevassu, Wisner, Michiels la considéraient déjà comme telle. Récemment, Aurousseau a réuni 78 observations de dégénérescence maligne. Ces faits nous feront donc rejeter la méthode pour le traitement de l'ectopie abdominale, mais ils n'apportent aucun argument contre elle dans les cas où nous la préconisons. Les conditions sont, en effet, essentiellement différentes. Il ne peut y avoir de comparaison entre le testicule retenu congénitalement dans la fosse iliaque et celui qu'un artifice remet en ectopie. Un abîme les sépare : l'un est normal, l'autre ne l'est pas. L'arrêt de développement qui se trouve à l'origine de l'ectopie ne porte pas seulement sur la migration du testicule mais, aussi, sur la structure même de son parenchyme. Bland Sutton prétend que l'organe ne descend pas parce qu'il est, dès ce moment, de structure imparfaite. On sait d'ailleurs, depuis longtemps, que sa descente forcée dans les bourses ne le mettra pas toujours à l'abri du cancer. Dans ces conditions, nous ne voyons pas pourquoi un organe sain, parfaitement évolué serait plus exposé au néoplasme et aux autres affections :

hydrocèle, orchite, tuberculose, etc..., dans la fosse iliaque plutôt que dans les bourses. Nous nous appuyerons sur la rareté de ces faits pathologiques, sur l'expérience de ceux qui ont préconisé et employé la méthode pour dire que ces objections sont, en réalité, plus théoriques que pratiques.

CHAPITRE VI

Indications

La « cryptorchidie pelvienne artificielle », pour des raisons faciles à comprendre, ne peut être préconisée comme une méthode générale. Il est difficile en matière de cure radicale de poser des règles opératoires fixes, car là, plus qu'ailleurs, le chirurgien doit faire preuve d'éclectisme. Nous voulons seulement montrer que le procédé donnera les avantages d'une cure radicale utile dans un certain nombre de cas particuliers. Quels sont ces cas ?

Nous paraissent justifiables de ce procédé les hernies volumineuses qui surviennent chez des sujets aux parois déficientes. Hernies de faiblesse, à larges trajets, qui acquièrent rapidement un volume considérable et qu'aucun bandage ne peut contenir (Obs. I, II, III). Elles s'accompagnent souvent de phénomènes douloureux : sensibilité générale du ventre, tiraillements dans les lombes (Obs. III), troubles digestifs. Les malheureux atteints de cette infirmité ne peuvent plus vaquer à leurs occupations : ils sont vieilliss prématurément. « J'ai observé, dit Lucas Championnière, les effets de la présence de grosses hernies ou de hernies anciennes sur l'état de nutrition. Chez les individus qui en sont porteurs, l'urine contient souvent du sucre ou de l'albumine (Obs. III). »

Nous venons de parler des hernies très volumineuses en général, réductibles ou irréductibles, sans nous occuper de leur contenu : intestin grêle, gros intestin, épiploon. Il

arrive parfois qu'une grande partie de la masse intestinale se vide dans le sac, réalisant ainsi la hernie par « perte de droit de domicile ». On peut, en intervenant à temps, arriver à leur rendre ce droit qu'elles ont perdu. Mais c'est surtout dans ces cas que la réfection de la paroi est particulièrement difficile et le moindre passage laissé au cordon crée un appel à la poussée abdominale.

Nous faut-il parler des récidives qui surviennent après une cure radicale primitive ? Ces récidives reconnaissent des causes diverses. Les unes, facilement évitables, relèvent d'une exécution imparfaite d'un des procédés opératoires, d'une faute technique, de l'infection ; les autres au contraire sont liées à une insuffisance pariétale que ne parviennent à corriger aucun des moyens ordinaires de réfection de la paroi. Dans ces cas les plans anatomiques sont bouleversés : peau et tissu cellulaire forment un bloc cicatriciel, les muscles voient leurs éléments nobles faire place à du tissu fibreux, le cordon comprimé devient le siège de névralgies rebelles. On conçoit, là encore, la difficulté de refaire une paroi avec ces éléments de mauvaise qualité.

Ainsi nous pensons qu'en présence des hernies volumineuses chez des sujets à paroi faible, des hernies récidivantes des vieillards, des vieux tousseurs chroniques, et dans les cas de récurrence, le procédé de Mauclaire trouve pleinement son indication et peut être susceptible de donner de bons résultats. Ceci dit, devons-nous promettre à tous nos opérés une guérison complète, définitive ? Non, car certains individus font une déficience non pas localisée à la région inguinale, mais généralisée. Ces malades ne sont pas « plastiques ». Il n'existe pas encore de procédés de cure radicale qui permettent de rendre la vigueur aux aponévroses et la tonicité aux muscles qui l'ont perdue.

OBSERVATIONS

Observation I (inédite)

(Service de M. le Professeur Chavannaz.)

X..., 47 ans, mécanicien entre à l'hôpital Saint-André le 19 janvier 1931 pour une très volumineuse hernie inguinale bilatérale récidivée qui le gêne considérablement dans son travail.

Le malade fait remonter le début de sa hernie à l'époque de son service militaire. D'après lui, ce serait à la suite d'un effort, au cours d'un exercice de voltige, qu'il remarqua une légère tuméfaction au pli de l'aîne droite. On lui donna alors une ceinture. Le service terminé, il reprit son travail, et constata au bout de quelques mois l'apparition d'une hernie du côté opposé.

Mobilisé en 1914, il est envoyé, en 1915 à l'hôpital maritime de Rochefort où on lui fit la cure radicale double.

Il retourne ensuite à Bordeaux pour sa convalescence et travaille dans différentes usines, toujours debout, négligeant de porter son bandage; aussi les deux hernies ne tardent-elles pas à récidiver. Enfin au début de novembre 1930 apparaissent quelques phénomènes d'engouement herniaire. Ne pouvant plus exercer sa profession le malade entre de son propre chef à l'hôpital.

Antécédents herniaires : père âgé de 78 ans, a été opéré autrefois d'une double hernie qui, malgré un bandage, aurait récidivé.

Antécédents personnels : Le malade est un toussueur chronique, et un fumeur invétéré. L'auscultation de l'appareil pulmonaire montre de la bronchite chronique et de l'emphysème.

Examen : Sujet adipeux : ventre en besace. On constate :

A gauche : une grosse hernie scrotale du volume d'une tête d'enfant nouveau-né. Le canal est élargi mais conserve cependant son obliquité. La hernie est difficilement réductible.

A droite : une très volumineuse hernie scrotale descendant jusqu'à mi-cuisse, en partie réductible. Le canal inguinal

n'existe plus; le pédicule herniaire pénètre directement dans le ventre par une large brèche admettant environ l'extrémité de quatre doigts.

On prévient le malade qu'on va lui remonter son testicule.

Anesthésie générale à l'éther. — A droite : résection d'environ 250 grammes d'épiploon. Le sujet a une prédisposition marquée à la lipomatose sous péritonéale. Procédé de Mauclaire et fermeture de la paroi selon la technique indiquée. A gauche : cure radicale et fermeture de la paroi par le procédé antéfuniculaire.

Suites opératoires immédiates : excellentes.

A gauche apparaît bientôt un hématome qui suppure. Longue suppuration entraînant la formation d'une fistule pariétale. Ablation.

Le malade est revu le 20 novembre 1931 quelques jours après sa sortie de l'hôpital. Il porte un bandage à deux pelotes et se trouve satisfait. A droite le testicule est redescendu dans les bourses; mais la hernie n'a pas récidivé.

Observation II (inédite)

(Service de M. le Professeur Chavannaz.)

V... 70 ans, exerçant le métier de cultivateur, entre à l'hôpital Saint-André pour une hernie inguinale récidivée. Il y a quatre ans, nous raconte-t-il, en revenant de son travail, il remarqua une petite grosseur à l'aîne gauche. Son médecin lui proposa alors une opération qu'il refusa, préférant porter un bandage. Malgré le bandage la hernie grossissait de plus en plus et le gênait dans son travail. Au mois d'août, le 8, il est opéré par le Dr Magnan pour étranglement herniaire. Les suites opératoires furent favorables. Mais quelque temps après sa sortie de l'hôpital la hernie récidive, devient volumineuse et ne peut être contenue par aucun bandage. Après avoir consulté M. le professeur Chavannaz le malade vient à l'hôpital une seconde fois.

Aucun antécédent herniaire chez les parents.

Antécédents personnels : rien à signaler.

Examen : sujet adipeux, ventre en besace. A gauche hernie scrotale du volume d'une tête d'enfant nouveau-né. Elle est réductible et on pénètre dans la cavité abdominale par un orifice lâche, large comme une pièce de cinq francs.

Appareil pulmonaire : Emphysème.

Opération le 26 mars 1931, selon le procédé de Maucclair, le malade saigne beaucoup : on pratique le drainage trans-scrotal.

Suites opératoires : Malgré le drainage et le pansement contentif un volumineux hématome des bourses se constitue. Il est ponctionné.

Le malade est revu le 20 novembre, 7 mois après son opération : il est satisfait et a repris son travail. Il n'y a pas de récurrence.

Observation III (inédite)

(Service de M. le Professeur Chavannaz.)

Z..., âgé de 66 ans, manoeuvre, entre à l'hôpital Saint-André le 29 septembre 1931 pour une hernie inguinale droite qui l'a obligé à interrompre son travail.

Le malade ne peut préciser le début de son infirmité, mais raconte que sa hernie a beaucoup augmenté de volume depuis un an. Néanmoins, il ne s'en préoccupait guère, car elle était réductible en position couchée. Au mois de juin dernier il commença à éprouver des tiraillements dans la région lombaire et des élancements dans les bourses. Ces phénomènes douloureux s'accroissent, l'obligent bientôt à cesser son travail et l'amènent à l'hôpital.

Pas d'antécédents herniaires dans sa famille.

Antécédents personnels : rien à signaler.

Examen : Grosse hernie scrotale du volume de deux poings réunis. La réduction s'opère assez facilement par un anneau admettant l'extrémité de trois doigts.

Examen des urines : Albumine : 0 gr. 10.

Après quelques jours de régime alimentaire, l'albumine disparaît. Après avoir prévenu le malade on l'opère le 12 octobre.

Opération faite par M. le Dr Jean Chavannaz. Anesthésie à l'éther. La paroi est adipeuse, les muscles sont minces. A l'ouverture du sac on trouve de l'épiploon enflammé. On en resèque 150 grammes environ. Procédé de Maucclair. Rien d'autre à signaler. Suites opératoires excellentes : très bon résultat immédiat. Le malade a quitté l'hôpital le 10 novembre.

Observation IV

(Mauclaire, *Archives générales de Chirurgie* 1908, n° 11.)

L. nommé X..., âgé de 59 ans, cultivateur, entre à l'hôpital Dubois le 3 juillet 1908 pour une volumineuse hernie droite. Le port des bandages est devenu inutile et douloureux et sa hernie le gêne énormément pour l'exercice de sa profession. A l'examen on constate une grosse hernie inguinale droite, l'anneau est large la paroi faible et déficiente. L'opération de la cryptorchidie pelvienne artificielle est proposée au malade qui accepte.

5 juillet, opération qui comprend les temps suivants :

1° Décollement très haut du cordon spermatique;

2° Décollement du sac herniaire et résection du sac;

3° Décollement du péritoine pariétal jusque devant la vessie;

4° Enfouissement du testicule dans la loge ainsi formée;

5° Fermeture très serrée de la paroi abdominale en réunissant le tendon conjoint à l'arcade de Fallope; puis suivant un deuxième plan les fragments incisés du grand oblique.

La vaginale n'a pas été réséquée.

Après l'intervention la malade souffre un peu. Il est revu quatre mois après, très satisfait. Revu une seconde fois cinq ans après l'opération : excellent résultat.

Observation V

(Mauclaire, *Archives générales de Chirurgie*, 1908, n° 11.)

Monsieur X..., âgé de 38 ans, entre à l'hôpital pour une grosse hernie inguinale qu'il porte depuis sept ans. La paroi abdominale est faiblement résistante. L'opération est proposée au malade qui accepte. Le résultat immédiat a été bon mais le malade n'a pas répondu à une demande pour les résultats éloignés.

Observation VI

(Mauclaire, *Archives générales de Chirurgie*, 1908, n° 11.)

M. X..., âgé de 55 ans, vient des colonies pour se faire opérer d'une très volumineuse hernie inguinale droite qui le gêne depuis longtemps. La paroi est mauvaise. Même intervention. Les résultats immédiats sont bons. Résultats éloignés?

Observation VII

(San Martin : Rapport au Congrès de Bruxelles, 1908.)

M. X., 49 ans appartenait à une famille herniaire très prononcée et présentait une très grosse hernie pour laquelle il avait déjà subi deux incarcérations assez fortes malgré un anneau énorme. Je considérai que les méthodes ordinaires ne seraient pas suffisantes et au lieu de mener le cordon par voie osseuse ou retro musculaire abdominale je préférai essayer l'inclusion du testicule dans la cavité abdominale. Je pratiquai une extirpation complète du sac qui descendait jusqu'au testicule. L'épiploon a été réséqué, mais je me suis servi du reste pour confectionner une bourse protectrice à l'organe déplacé. Renforcement pariétal avec suture à la soie en trois plans. Le cours postopératoire fut tout à fait acceptable, mais un refroidissement brusque fait tousser le malade avec une telle violence que le 7^e jour le testicule reprit son chemin et réapparut dans le scrotum. Malgré cette contrariété le malade quitta la clinique à la fin de la 3^e semaine sans aucune trace de hernie. Résultats éloignés ?

San Martin a opéré trois autres cas semblables. L'un de ses opérés est mort d'une fièvre typhoïde après guérison, les deux autres ont été revus trois ans et sept mois après, sans récurrence.

Nous regrettons de ne pouvoir présenter ici que ce petit nombre d'observations. Nous n'en n'avons pas trouvé dans les autres services de chirurgie. Les demandes qui ont été faites à ce sujet en Allemagne et en Espagne sont restées sans réponse. M. le professeur Mauclaire a bien voulu nous écrire que depuis 1908 il avait pratiqué cinq fois la « cryptorchidie pelvienne artificielle ». Malheureusement les observations n'ont pas été prises. Dans ces cinq cas il s'agissait d'aliénés fort agités. L'opération a donné de bons résultats. Plusieurs de ces malades ont même été revus trois ou quatre ans après, sans récurrence ni complications d'aucune sorte.

CONCLUSIONS

I. Il existe une certaine catégorie de hernieux qui présentent des conditions anatomiques telles, qu'il ne peut y avoir chez eux de cure radicale possible, tant qu'on laisse subsister, à travers la paroi, un orifice de passage pour le cordon spermatique.

II. Le procédé de Mauclaire s'inspire de ce principe ; temps complémentaire de la cure radicale, il consiste à refouler dans la fosse iliaque le testicule et le cordon.

III. Permettant la suppression des orifices inguinaux et la fermeture en masse du canal, il est, en ce sens, supérieur aux méthodes autoplastiques.

IV. Cette opération présente sur la castration ou la résection du cordon sans castration l'avantage de conserver le testicule.

V. Elle trouve son indication dans les volumineuses hernies et dans les cas graves de récidives postopératoires.

VI. Procédé d'exception, il doit être réservé aux cas difficiles. Bien qu'il ait avec lui le plus grand nombre d'avantages théoriques, il n'a pas la prétention de guérir un aplasique ni un ptosique ; nous penserons cependant qu'il aura atteint son but, s'il permet seulement à ces malades de porter un bandage.

Vu :
Le Doyen,
C. SIGALAS.

Vu, bon à imprimer :
Le Président de thèse,
G. CHAVANNAZ

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 4 décembre 1931.
Le Recteur de l'Académie,
F. DUMAS

BIBLIOGRAPHIE

- Alessandri.** — Rapport au Congrès de Bruxelles, septembre 1908.
Aurousseau. — *Journal de chirurgie*, 1926, p. 17.
Autefage. — Thèse de Paris, 1905.
Baumgartner. — Thèse de Paris, 1905.
Bernhard. — *Muenchener Medizinische Wochenschrift*, 1907, 1907, n° 32, p. 1507.
Correspondenzblatt für Schweizer Herste, 1897, n° 21.
Colle. — Comptes rendus de l'Association des Anatomistes de Paris, 1907.
Delagenière. — *Revue générale in Gazette des Hôpitaux*, 1888.
Délangre. — Congrès de chirurgie, 1906, p. 261.
Dufour. — Thèse de Lille, 1920.
Grégoire. — *Anatomie médico-chirurgicale de l'abdomen*. T. I et II.
Kocher. — *Chirurgische Operationslehre* IV. Edition 1902.
Lajus. — Thèse de Bordeaux 1907.
Legrand. — Thèse de Lille, 1900.
Lucas-Championnière. — Congrès de chirurgie, 1901. (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 1901, p. 422. — *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 1905, p. 891.
Mauclaire (P.). — *Archives générales de Chirurgie*, 1908, n° 11.
Morin. — Thèse de Paris, 1906.
Nélaton et Ombredanne. — *Presse Médicale*, 1897, II, p. 50.
Oudard et Jean. — *Revue de Chirurgie*, 1922, p. 143.
Patel. — Articles « Hernies » in traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet. »
Polya. — *Zeutrablatt für chirurgie* n° 9.
Routier. — *Société de chirurgie*, 1902, p. 763.
San Martin. — Rapport au Congrès de Bruxelles, 1908.
Schwartz. — Cure radicale des hernies inguinales par le procédé myoplastique. (*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*), 1894, t. VIII.
Souligoux. — Rapport au Congrès de Chirurgie, 1906, p. 636.
Vidal. — Rapport au Congrès de Chirurgie, 1906, p. 738.
Villard. — Rapport au Congrès de Chirurgie, 1906, p. 578
-

